

Helena Wrona-Polańska

Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomaganie

Health – its psychological indicators and ways of its promotion and support

Zakład Psychologii Zdrowia Katedry Psychologii AP w Krakowie

Wprowadzenie do problematyki zdrowia

W ostatnich latach wzrasta zainteresowanie problematyką zdrowia, a zwłaszcza ostatnie półwiecze XX wieku obfituje w doniesienia związane ze zdrowiem. Powstała nawet odrębna dziedzina – psychologia zdrowia, której czołowymi przedstawicielami są Matarazzo (26) i Taylor (39).

Problematyka zdrowia nie jest czymś zupełnie nowym, gdyż pierwsze wzmianki o zdrowiu pochodzą od Hipokratesa (IV w. n. ery) uznanego za ojca medycyny, który utożsamiał zdrowie z dobrym samopoczuciem. Wskazywał także na nierozrwalne związki człowieka z otoczeniem i indywidualny sposób życia jako czynniki warunkujące zdrowie (21).

Renesans problematyki zdrowia wiąże się z zapotrzebowaniem społecznym, a więc koniecznością przeciwdziałania narastającej umieralności z powodu tzw. chorób cywilizacyjnych, nowotworów i zawałów, w krajach wysoko rozwiniętych (43). Przemiany społeczno-gospodarcze, jakie dokonały się na przełomie XIX i XX wieku zwane rewolucjami przemysłowymi, przyczyniły się do wzrostu dóbr materialnych, jednakże spowodowały zatrucie środowiska, a w konsekwencji liczne zachorowania na choroby cywiliza-

cyjne (3, 4). Z rozwojem przemysłu wiązał się także styl życia charakteryzujący się nieracjonalnym odżywianiem bogatym w tłuszcze, brakiem ruchu i rekreacji, a także stosowaniem używek, papierosów i alkoholu, często w nadmiarze.

Dotychczasowe sposoby leczenia wynikające z modelu biomedycznego nie wytrzymały już próby czasu, gdyż zaczęły pojawiać się choroby, w których etiologii trudno było znaleźć wirusy, bakterie czy grzyby. Już na początku XX wieku pojawiły się choroby tzw. psychosomatyczne (1), w których etiologii zakładano udział czynników psychologicznych, tj. stresu i różnych cech osobowości (7) oraz choroby cywilizacyjne – zawały i nowotwory. Przemiany te doprowadziły do tzw. rewolucji zdrowotnych, a więc oddziaływały poza medycznych na rzecz zdrowia, skierowanych na środowisko fizyczne w celu poprawy higieny życia ludności a potem na środowisko społeczne i warunki pracy. Powstała medycyna behawioralna, która wskazywała na styl życia i środowisko jako czynniki, sprzyjające powstawaniu chorób cywilizacyjnych. Działania te były wyrazem rozszerzenia istniejącego modelu zdrowia o czynniki psychospołeczne, tworząc biopsychospołeczny model zdrowia zwany także ekologicznym. W ten sposób w etiologii

tych chorób zaczęto uwzględniać także czynniki społeczne i zachowanie człowieka, czyli jego styl życia. Rozwinęła się także epidemiologia chorób poszukująca czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych w celu przeciwstawienia się im oraz zastosowania oddziaływań profilaktycznych. Nadal brak było świadomości zdrowia i czynników warunkujących je. Zwiększenie świadomości jednostkowej i społecznej zdrowia stało się nadrzędnym celem III rewolucji zdrowotnej, zapoczątkowanej w Krakowie w 1972 roku konferencją naukowo-humanistyczną przez Profesora Juliana Aleksandrowicza, nestora polskiej psychosomatyki. Podkreślano także konieczność nadania zdrowiu najwyższej wartości, o którą trzeba dbać i zabiegać oraz włączenia świadomości w orbitę zdrowia. Takie podejście do problematyki zdrowia zaowocowało rozwojem ruchu na rzecz zdrowia zwanego promocją zdrowia (2). Przemiany te stały się podstawą do ujmowania zdrowia w sposób holistyczny i funkcjonalny (10, 32). Jednakże przez wieki, zgodnie z obowiązującym modelem zdrowia w medycynie, zdrowie definiowano w sposób negatywny jako brak objawów chorobowych czy inwalidztwa. Powstaje pytanie: Co to jest zdrowie i jakie są jego psychologiczne mechanizmy oraz czym jest promocja zdrowia i jakie są sposoby promowania zdrowia?

Modele zdrowia

W problematyce zdrowia najogólniej można wyróżnić dwa paradygmaty, stanowiące podstawę dwóch modeli zdrowia: modelu biomedycznego i modelu holistyczno-funkcjonalnego (30), zwanego w naukach medycznych modelem biopsychospołecznym, lub ekologicznym. Modele te wywodzą się z odmiennych wizji świata i człowieka oraz jego związku z otaczającą rzeczywistością. Konsekwencją tak różnego podejścia do sposobu poznawania rzeczywistości i człowieka jest także różne pojmowanie fenomenu zdrowia.

U podstaw biomedycznego modelu zdrowia leży dualizm kartezjański, zakładający istnienie ciała i duszy jako odmiennych sfer, współistniejących ze sobą oraz mechanistyczna wizja świata i człowieka. Zaważyło to na sposobie postrzegania człowieka jako „bezdusznej maszyny”, a także sposobie pojmowania medycyny jako zmierzającej do naprawiania i usuwania wadliwych jej części.

Mechanistyczne podejście do człowieka jako psującej się maszyny, z jednej strony przyczyniło się do rozwoju wąskich specjalności medycznych, zaś z drugiej stało się przyczyną niezadowolenia z systemu opieki zdrowotnej, który nie uwzględniał potrzeb chorego człowieka.

W rezultacie obiektem medycyny „naprawczej” było tylko to, co dało się określić „mędrca szkiełkiem i okiem”, a cała podmiotowość owego „konsumenta” zdrowia, pozostawała poza obrębem zainteresowania lekarzy o takiej orientacji. W modelu biomedycznym obiektem zainteresowania lekarzy było ciało oraz czynniki obiektywne, które go „naruszają”, a więc wirusy i bakterie (34).

Badania naukowe (35, 36) wskazujące, że także czynniki emocjonalne mogą prowadzić do powstawania chorób tzw. psychosomatycznych oraz niemożność wyjaśnienia wielu problemów dotyczących zdrowia w ramach wąskiego modelu biomedycznego, przyczyniły się do powstania nowego modelu tzw. biopsychospołecznego, lub inaczej holistyczno-funkcjonalnego.

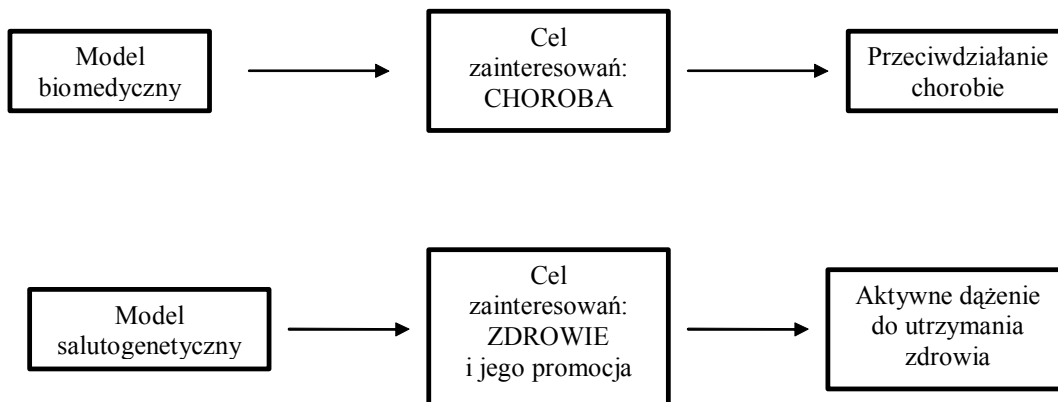
Rozwój nauk społecznych i humanistycznych, a w związku z tym pojawienie się humanistycznych trendów w medycynie oraz rozwój współczesnej ekologii (3, 4, 5), wskazywały na konieczność szerszego rozumienia problematyki zdrowia w kontekście wielorakich jego uwarunkowań.

Podstawą takiego rozumienia zdrowia stała się teoria systemowa, traktująca człowieka w jego jedności psychofizycznej jako system będący w centrum wszechświata – ekosystemu (Mandala Zdrowia, 37).

Najbardziej odległymi systemami oddziaływującymi na człowieka jest biosfera oraz socjosfera czyli kultura a najbliżej, w bezpośrednich wzajemnych relacjach, jest rodzina jako pośrednicząca pomiędzy człowiekiem a biosferą i kulturą. Wszystkie podsystemy wchodzące w skład ekosystemu mają charakter dynamiczny, hierarchiczny, autonomiczny, kierują się swoimi prawami, a jednocześnie podlegają rozwojowi i przeobrażeniu z zachowaniem integralności ogólnej struktury. Zdolność do rozwoju to możliwość wychodzenia poza własne ograniczenia i tworzenie nowych struktur. To twórcze przyswajanie nowych cech, prowadzące do większej złożoności z zachowaniem dynamicznej równowagi i integralności – w sytuacji nieustannie dokonujących się zmian zarówno wewnątrz jak i na zewnątrz systemu – stanowi istotną własność życia, podstawową cechę wszechświata (14). W tym systemowym ujęciu świata człowiek jest systemem funkcjonalnym, jednością psychofizyczną, będącą w ciągłym oddziaływaniu wzajemnie na siebie środowiska fizycznego i społecznego, w którym żyje. Jest to zatem wielowymia-

rowy obraz człowieka, na który składa się także jego podmiotowość, a więc to co decyduje o jego niepowtarzalności i swoistości – zdolności kierowania swoim życiem i kreowania samego siebie w szerszym kontekście społecznym, oraz zdolność przewidywania zdarzeń (38). Wielowymiarowe podejście do problematyki zdrowia wskazuje jednoznacznie, że o poziomie zdrowia współdecydują zarówno czynniki biologiczne, społeczne, jak i psychologiczne, ale pojmowane całościowo, we wzajemnych interakcjach i nie można ich rozpatrywać jednostronnie, ale tylko w pewnych funkcjonalnych całościach, które tworzą podmiotowy wymiar człowieka i jego zdrowia. Konsekwencją takiego podejścia jest świadomy i aktywny udział każdego człowieka, zmierzający do umacniania zdrowia, a także pomnażania jego potencjałów poprzez zdrowy styl życia, uczenie się skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem oraz preferowania zachowań prozdrowotnych, zależnych od modelu przekonań zdrowotnych (12, 23, 30). Omawiane modele zdrowia i ich konsekwencje przedstawia Rycina 1.

Rycina 1: Modele zdrowia i ich konsekwencje



Stąd też rodzi się konieczność interdyscyplinarnych badań w zakresie problematyki zdrowia, ujmowanej na różnych jej poziomach i wymiarach.

Koncepcje zdrowia

Początkowo zdrowie pojmowane było w sposób negatywny jako brak choroby czy zakłócenia w funkcjonowaniu organizmu. Zdrowie określano także jako stan, w którym nie ujawnia się żadna z jednostek chorobowych wpisanych do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (40). Traktowano je jako kategorię obiektywną, zaś wszystkie subiektywne odczucie dyskomfortu i zakłóceń funkcjonalnych nie brano pod uwagę jako odchylenia od normy zdrowia. Takie wąskie pojmowanie zdrowia było zgodne z powszechnie obowiązującym w medycynie modelem biomedycznym. Rozumienie zdrowia jedynie jako zaprzeczenia choroby, okazało się niewystarczające, a równocześnie nie mogło być podstawą działalności, zmierzającej do umocnienia czy pomnażania zdrowia, a więc promocji zdrowia.

Pierwsza definicja zdrowia została sformułowana w 1948 r. przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która utożsamiała zdrowie z pełnią dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem choroby lub kalectwa (40).

Było to po raz pierwszy pozytywne i całościowe podejście do zdrowia, uwzględniające czynniki subiektywne na równi z obiektywnymi w szerokim kontekście społecznym. Jednakże tak rozumiane zdrowie miało charakter idealny, trudne było do osiągnięcia, podkreślano także statyczny jego charakter, trudności w zdefiniowaniu pojęcia „dobrostan” oraz w jego operacjonalizacji (37).

Inni próbowali definiować zdrowie, wskazując na cele zdrowotne jako jego elementy, uwzględniając harmonię między medycznym a społecznym wymiarem zdrowia. Wymiar medyczny uwzględniał tradycyjne negatywne wskaźniki zdrowia, odnoszące się do określonych jednostek chorobowych

oraz pozytywne związane z funkcjonowaniem i samopoczuciem człowieka, a więc zdrowiem psychicznym (27). W społecznym wymiarze – zdrowie oznaczało zdolność podejmowania ról społecznych i wykonywania zadań oczekiwanych przez zbiorowości od jednostki, a wyznaczanych przez proces socjalizacji (28).

Rozwój nauk społecznych i pojawienie się nowego paradygmatu nauk o ochronie zdrowia, zwanego modelem społeczno-ekologicznym, przyczynił się do powstania nowych definicji zdrowia. Pojawiły się definicje ujmujące zdrowie jako zasób, a także proces.

Przedstawiciele promocji zdrowia definiują zdrowie jako: *poddająca się zmianom zdolność człowieka zarówno do osiągania pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości, jak i reagowania na wyzwania środowiska* (37).

Zdrowie określa się tu jako jeden z podstawowych zasobów pozwalających na prawidłowe funkcjonowanie, dynamiczną adaptację do otoczenia czy też zdolność do harmonijnego życia, a więc osiągania wysokiej jakości życia. Podobnie definiuje zdrowie Duna (USA, cyt. za 2) określając je jako *zdolność do harmonijnego życia we wciąż zmieniającym się otoczeniu*.

Obok definicji traktującej zdrowie jako pewien zasób, zdolność (wrodzoną czy nabytą) istniejącą potencjalnie, która może być ujawniona czy aktualizować się w zależności od sytuacji, pojawiły się próby rozumienia zdrowia jako procesu, a więc zmieniającego się dynamicznie wraz ze zmianami otoczenia.

Pierwszą definicję ujmującą zdrowie jako proces w modelu ekologicznym, znajdujemy u Blicharskiego (cyt. za Aleksandrowicz, 2, 4, jako jedyne jej źródła): *Zdrowie to samosterujący proces utrzymywania równowagi pomiędzy procesami anabolizy (powstawania) i katabolizy (rozkładu) w płaszczyźnie somatycznej, integracji i dezintegracji w płaszczyźnie psychicznej, syntonii i dystonii w płaszczyźnie społecznej oraz równowagi pomiędzy tymi trzema płaszczyznami w granicach przyjętych za normalne*.

Definicja ta ma charakter całościowy a więc holistyczny, dynamiczny oraz systemowy, ukazuje wielopłaszczyznowość procesu zdrowia, zmierzającego do utrzymania dynamicznej równowagi i integralności systemu jako całości, będącego równocześnie częścią ekosystemu.

Takie podejście do problematyki zdrowia jako wielowymiarowego i wielopłaszczyznowego procesu zakłada, z jednej strony możliwość prowadzenia badań przez specjalistów różnych dyscyplin naukowych: lekarzy, przyrodników, psychologów, pedagogów, socjologów, itd., a równocześnie podkreśla konieczność podjęcia interdyscyplinarnej współpracy w celu zintegrowania wyników tych badań dla określenia zdrowia.

Najszerze ujęcie zdrowia można znaleźć w modelu salutogenetycznym (9, 10). Zdrowie jest procesem poszukiwania i utrzymywania dynamicznej równowagi pomiędzy możliwościami człowieka a wymaganiami otoczenia. Wyraża się w relacji wzajemnie na siebie oddziaływujących – dostępnych człowiekowi zasobów, jego zachowania i wymagań życia codziennego (32). W tym procesie nieustannego a więc dynamicznego równoważenia, człowiek wykorzystuje potencjalne zasoby biologiczne, psychologiczne i społeczne w celu sprostania zewnętrznym i wewnętrznym wymaganiom oraz osiągania indywidualnych i społecznych zamierzeń.

Takie dynamiczne i procesualne ujęcie zdrowia pozwala na umieszczenie go na kontinuum, począwszy od pełnego zdrowia aż po jego utratę, czyli chorobę. Możliwe staje się także określenie różnych poziomów zdrowia, subiektywnie odzwierciedlanego jako lepsze lub gorsze samopoczucie.

O poziomie zdrowia decydują, z jednej strony stresory a więc czynniki patogenne, zaś z drugiej posiadane zasoby określane jako zgeneralizowane zasoby odpornościowe (*generalized resistance resources*) równoważące stresory.

Jeśli dynamiczna równowaga na różnych poziomach systemu jako całości zostaje

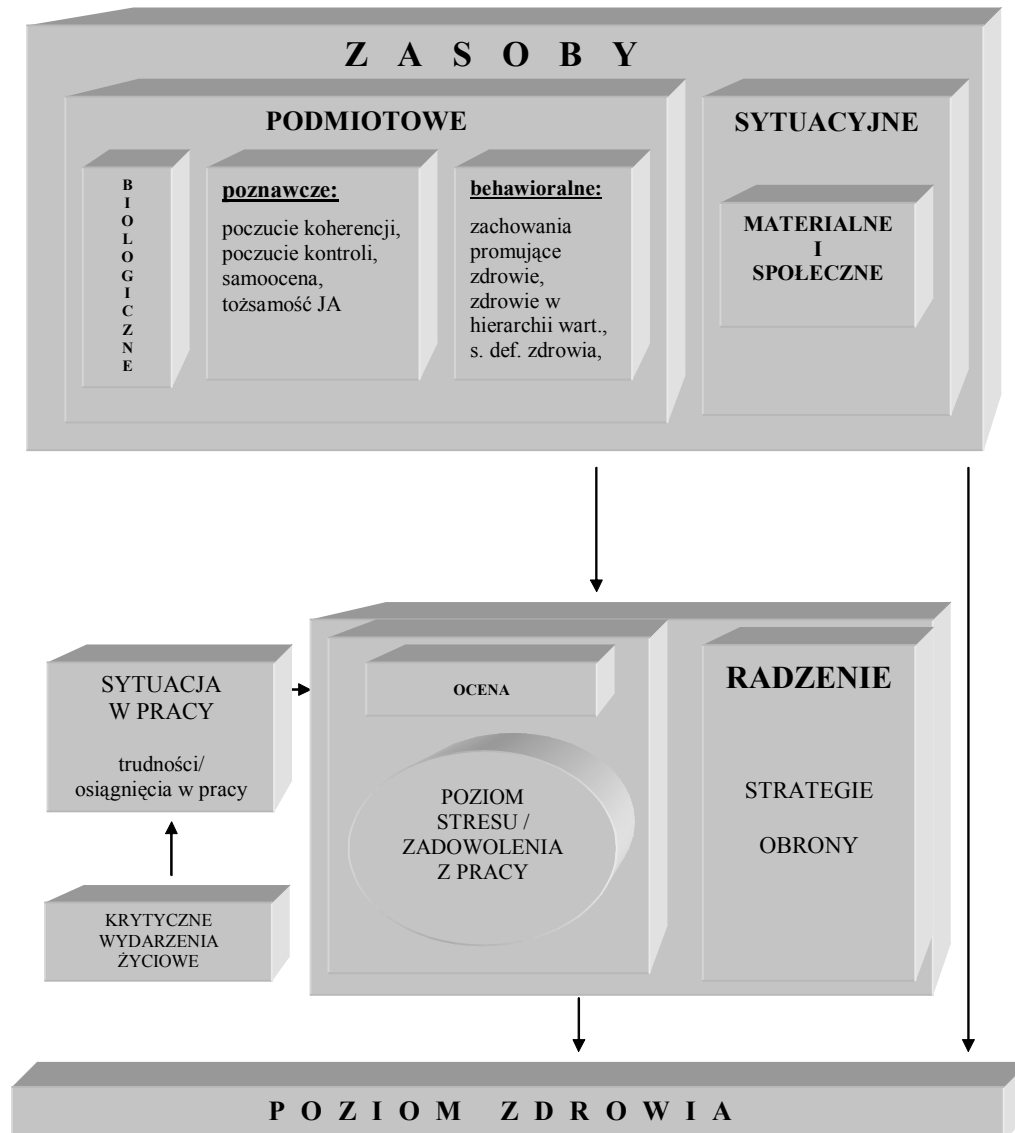
utrzymana, decyduje to o poziomie zdrowia obiektywnego, które subiektywnie jest odbierane jako dobre samopoczucie, a ogólnie jako poczucie zdrowia. Zmienną, która decyduje o poziomie zdrowia w tym modelu jest poczucie koherencji (*sence of coherence*). Jeśli wyczerpuje się zasób energii, czy brak umiejętności, aby sprostać wymaganiom czy obciążeniom, zachowując poczucie równowagi i harmonii, dochodzi do załamania zdrowia (9, 10).

Przedstawione definicje ujmujące zdrowie jako brak choroby, stan, dyspozycja czy proces, odzwierciedlają różne podejścia do problematyki zdrowia i wskazują na różne jego aspekty. Zdrowie jako dyspozycja nawiązuje do teorii stresu w modelu zachowania zasobów Hobfolla (20), zaś zdrowie jako proces dynamicznej równowagi znajduje uzasadnienie w transakcyjnej teorii stresu Lazarusa (24) i modelu salutogenetycznym (10). Oba te podejścia mają charakter dynamiczny i wzajemnie się uzupełniają, gdyż w procesach nieustannego utrzymywania równowagi we wciąż zmieniającym się otoczeniu, konieczne jest stałe pomnażanie zasobów, czyli potencjałów zdrowia, aby nie doszło do ich wyczerpania, zaś nadwyżki w zasobach dają doświadczenie sukcesu, co sprzyja wzmocnieniu zdrowia i podniesieniu jakości życia.

Psychologiczne determinanty zdrowia

Zgodnie z systemowym ujęciem stresu (9, 18, 25) oraz teorią salutogenezy (10) zdrowie wiąże się ze skutecznym, a zarazem twórczym radzeniem sobie ze stresem. Skuteczne radzenie oznacza dostosowany do sytuacji stresowej elastyczny dobór strategii i obron, prowadzący do rozwiązania problemu lub nadania mu pozytywnego sensu i znaczenia. To od sposobu radzenia sobie ze stresem, stosowanych strategii i posiadanych zasobów zależy poziom zdrowia. Model zdrowia i jego uwarunkowania – opracowanie własne – przedstawia Rycina 2. (42).

Rycina 2: Model zdrowia i jego uwarunkowania



Zasoby określa się jako podmiotowe i środowiskowe cechy i możliwości, które w interakcji stresowej i zdrowotnej pełnią pozytywną funkcję obronną (20, 30, 31). Zasoby stanowią swoistego rodzaju przeciwwagę dla stresorów wszechobecnych w życiu człowieka.

Psychologicznymi mechanizmami zdrowia są: zasoby podmiotowe: poznawcze i behawioralne, a także biologiczne oraz sytuacyjne, wynikające z kontekstu. W twórczym radzeniu sobie ze stresem ogromną rolę odgrywają zasoby podmiotowe, wśród których dominujące znaczenie przypisuje się złożonej dyspozycji, określanej jako

poczucie koherencji. Poczucie koherencji, jako orientacja dyspozycyjna mająca charakter względnie trwały w dłuższych okresach czasu, w sytuacji stresowej przejmuje sterowanie zasobami człowieka. To sterowanie zasobami człowieka wynika z przeświadczenia, że świat jest uporządkowany i przewidywalny a działania podejmowane mają sens, gdyż warto w takim świecie żyć i podejmować wyzwania. Jednakże to sterowanie zasobami w konfrontacji stresowej możliwe jest dzięki także innym zasobom, a więc samoocenie i poczuciu tożsamości, które pełnią szczególnie ważną rolę w sytuacji stresowej, wymagającej zwiększenia wysiłków nie tylko energetycznych, ale także psychicznych (myślenia twórczego) oraz społecznych (poszukiwanie wsparcia) w celu przezwyciężenia trudności i narastającego napięcia. Tylko człowiek o silnym poczuciu koherencji a także wysokiej, względnie stabilnej samoocenie może przeciwstawić się trudnościom, gdyż jest przekonany o skuteczności własnej w działaniu (11, 10).

Dominującą rolę w tej złożonej zmiennej podmiotowej, jaką jest poczucie koherencji odgrywa – obok poczucia zrozumiałości i poczucia zaradności – poczucie sensowności, będące elementem motywującym, stymulującym i pobudzającym człowieka do pogłębienia zrozumienia otaczającego świata a tym samym istniejącego problemu oraz przekonanie, że warto podjąć działanie w celu jego rozwiązania.

Tu ważną rolę stymulującą pełni wysoka samoocena, mobilizując do pozytywnych zachowań, zaś z drugiej strony może modyfikować zachowania w kierunku bardziej promujących zdrowie, a więc zgodnych ze zdrowym stylem życia.

Ważnym zasobem jest także poczucie kontroli nad zdarzeniami, a więc przekonanie o niezwykłym poczuciu mocy oraz poczucie bezpieczeństwa odnoszące się do kontroli poznawczej, a zwłaszcza poczucie spostrzeganej kontroli związane z pozytywnym wartościowaniem zdarzeń i samego siebie typu utrzymywania

i doznawania (13). Aktywność twórcza wiąże się zawsze z pewnym ryzykiem, gdyż nie znamy do końca rozwiązania problemu, dlatego też poczucie kontroli zapewniające poczucie mocy i bezpieczeństwa, a także wiążące się z pozytywnymi emocjami, daje przekonanie o powodzeniu tej działalności.

Poczucie koherencji jako prozdrowotna dyspozycja osobowościowa wpływa na sposób spostrzegania i przeżywania tj. ocenę sytuacji stresowej oraz wybór odpowiednich, adekwatnych do problemu, strategii i obron w celu poradzenia sobie z sytuacją problemową i wzbudzanymi przez nią emocjami. Steruje zasobami w taki sposób, aby doprowadzić do rozwiązania problemu, a jeśli jest to niemożliwe prowadzi do adaptacji do sytuacji poprzez jej intelektualne *przepracowanie*, a więc nadanie pozytywnego sensu i znaczenia. Tutaj bardzo ważna jest elastyczność w doborze strategii do rozwiązania danego problemu oraz umiejętność wytyczania granic tj. Wyrzucania pewnych spraw poza granice spraw ważnych, o ile nie dotyczy to czterech sfer, które bezwzględnie muszą być w centrum działalności człowieka, tj.: aktywność zawodowa, problemy uczuciowe, relacje z otoczeniem, sprawy egzystencjalne (10).

Badania własne wskazują, że człowiek o wysokich zasobach podmiotowych cechuje się silnym poczuciem koherencji, wysoką i względnie stabilną samooceną oraz wysokim poczuciem spostrzeganej kontroli typu utrzymywania i doznawania, związanej z pozytywnym waloryzowaniem zdarzeń i samego siebie i one decydują o pro- zdrowotnym charakterze transakcji stresowej (42).

Wysoka samoocena i wykształcone poczucie tożsamości *ja*, czyli spójności i odrębności *ja*, wiąże się z twórczym a więc skutecznym radzeniem sobie ze stresem i wyższym poziomem zdrowia.

Bardzo ważną rolę w osiąganiu wysokiego poziomu zdrowia odgrywają zasoby podmiotowe o charakterze behawioral-

nym, tj. behawioralne wyznaczniki zdrowia – przekonania zdrowotne, prowadzące do zachowań promujących zdrowie, zdrowy styl życia, miejsce zdrowia w hierarchii wartości oraz świadomość, czym jest zdrowie, czyli potoczna wiedza o zdrowiu. Ważną rolę odgrywają także zasoby biologiczne – wiek oraz sytuacyjne-materialne i społeczne. Sytuacja stanowi układ zasobów v/s deficytów materialnych, społecznych, psychologicznych. Ich wzajemne interakcje i współdziałanie w procesie rozwiązywania zadań życiowych decyduje o dynamicznej równowadze bądź jej zachwianiu, a więc o poziomie zdrowia (20, 29).

Podsumowując, kluczowym zasobem decydującym o zdrowiu jest poczucie koherencji – złożona dyspozycja osobowościowa, która w sytuacji stresowej przejmuje sterowanie zasobami. Ważną rolę dla utrzymania zdrowia odgrywa także pozytywna samoocena oraz poczucie kontroli. Wyznacznikami zdrowia są także zachowania promujące zdrowie, zwłaszcza przekonania zdrowotne, subiektywne koncepcje zdrowia oraz czynniki biologiczne i zasoby sytuacyjne.

Promowanie zdrowia

Czym jest promocja zdrowia?

Problematyka promocji zdrowia została po raz pierwszy podjęta i szczegółowo określona na I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia, która odbyła się w 1986 roku w Ottawie. Jej rezultatem był sporządzony dokument zwany Kartą Ottawską, w której została zawarta definicja promocji zdrowia: *Promocja zdrowia jest to proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymywania* (22).

Promocja zdrowia w znaczeniu psychologicznym to: *Proces nabywania przez ludzi umiejętności kontrolowania i wpływania na własne zdrowie* (15). Zdaniem Heszen-Niejodek i Sęk (32)

promocja zdrowia jest to proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymywania. Jest to czynność celowa, którą należy rozwijać poprzez zwiększanie świadomości, zarówno jednostkowej jak i społecznej, w zakresie problematyki dotyczącej zdrowia (4). Pomocne może być w tym rozumienie zdrowia jako wartości, a szczególnie nadanie zdrowiu statusu najwyższej wartości, o którą warto dbać i zabiegać, gdyż umożliwia ona osiągnięcie innych wartości.

Anderson (8) proponuje najszersze ujęcie promocji zdrowia, które obejmuje zarówno działania ukierunkowane na rozwój i utrzymanie zdrowia, jak również działania prewencyjne – prewencję pierwotną, wtórną i trzeciego stopnia.

Takie rozumienie promocji zdrowia obejmuje działania skierowane nie tylko na ludzi zdrowych, ale także chorych. Najczęściej w literaturze spotyka się rozszerzenie rozumienia promocji zdrowia o prewencję pierwotną, czyli profilaktykę obejmującą grupy ryzyka (19, 32). Jednakże Słońska (37) podkreśla wyraźną odmiennąść podejścia promocyjnego w stosunku do prewencyjnego. Punktem wyjścia dla prewencji jest choroba, a jej celem przeciwdziałanie, zaś w promocji punktem wyjścia jest zdrowie, a jej celem pomnażanie potencjałów zdrowia poprzez podnoszenie jakości życia. Wydaje się, że wspólną cechą zarówno promocji zdrowia jak i prewencji jest stosowanie strategii pozytywnej polegającej na pomnażaniu zasobów czyli potencjałów zdrowia (16).

Zdaniem Sęk (32), modele prewencji i promocji różnią się w zakresie podejmowanych działań i korzystają z odmiennych modeli edukacji zdrowotnej. Davies (17) wyróżnia dwa modele edukacji:

1. Model prewencyjny – przekonanie o konieczności takich zmian w zachowaniu, które – zdaniem profesjonalistów (lekarzy) – zmniejszają ryzyko zachorowalności na daną chorobę.

2. Model autokreacyjny – dostarcza przesłanek pozwalających samodzielnie podejmować decyzje dotyczące zdrowego stylu życia i radzenia sobie z codziennymi problemami. Chodzi o uaktywnienie grup społecznych i jednostek.

Drugi model jest bliski ideom promocji zdrowia, jest to dążenie do kształtowania w świadomości społecznej pojmowania zdrowia w kategoriach „rezerw” – zasobów podmiotowych: biologicznych, psychologicznych i społecznych.

Edukacja w promocji zdrowia powinna być „edukacją dla zmiany” (32) tzn. bardziej wspomagać motywację do uczenia się i zdobywania kompetencji potrzebnych dla zdrowia, odwołując się do aktywności własnej ludzi, ich potrzeb, oczekiwań (wychodzić od ludzi do problemu np. *Szkoła Promująca Zdrowie*). (Powinna obejmować rozwój samoopieki zdrowotnej np. podejmowanie działań o charakterze profilaktycznym (zażywanie witamin, szczepienia przeciw grypie).

Światowa Organizacja Zdrowia ustaliła pięć obszarów działania promocyjnego zwanych obszarami (głównymi zadaniami promocji zdrowia: budowanie prozdrowotnej polityki, tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu, wzmacnianie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia, rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu, reorientacja służby zdrowia, przesunięcie punktu zainteresowań z choroby i jej leczenia na zdrowie i jego promocję, 22).

Psychologia może służyć swoją wiedzą i praktyką w każdym z tych obszarów, jednakże w różny sposób. Główny udział psychologii w promocji zdrowia polega na rozwijaniu indywidualnych umiejętności służących zdrowiu. Teoria psychologiczna jest podstawą programów ewaluacyjnych oraz ma wpływ na ukształtowanie etosu ruchu promocji zdrowia, przypisując jednostce odpowiedzialność za decyzje dotyczące zachowań ważnych dla zdrowia i w konsekwencji – za własne zdrowie.

W promocji zdrowia wykorzystywane są czynniki psychologiczne takie jak: czynniki poznawcze, emocjonalno-motywacyjne, behawioralne oraz mechanizmy odwołujące się do podmiotowości człowieka (np. samooceny) i mechanizmy wpływów społecznych (np. naśladowania (19).

Terenami promocji zdrowia są: Rodzina, w której następuje kształtowanie nawyków zdrowotnych, stylu spędzania wolnego czasu, szkoła – ze względu na istniejące zagrożenia (np. uzależnienia, negatywny wpływ grupy rówieśniczej) oraz zakład pracy i społeczność lokalna.

Wyróżnia się następujące kierunki promocji zdrowia:

1. promowanie zdrowego stylu życia (np. zdrowej diety, aktywności fizycznej, aktywnego wypoczynku);
2. rozwój kompetencji sprzyjających zdrowiu (np. trening asertywności, komunikacji społecznej, radzenia sobie ze stresem);
3. profilaktyka uzależnień;
4. modyfikacja zachowań ryzykownych dla zdrowia;
5. praca w grupach ryzyka (np. otyłych, anorektycznych z udziałem lekarza).

Promocja zdrowia psychicznego w ujęciu Czabały (15) oznacza:

1. tworzenie warunków do prawidłowego rozwoju psychospołecznego dzieci i młodzieży;
2. tworzenie warunków pozwalających jednostce na zaspokojenie jej potrzeb psychicznych dostosowanych do jej indywidualnych możliwości i do różnych etapów rozwojowych życia jednostki.

Działania niezbędne do prawidłowego rozwoju psychospołecznego to głównie:

1. dostarczenie rodzicom wiedzy i umiejętności potrzebnych dla kształtowania odpowiednich postaw ich dzieci i dla prawidłowego funkcjonowania rodziny;
2. edukacja dla zdrowia prowadzona w różnych placówkach oświatowych.

Działania mające na celu umożliwienie jednostce zachowanie jej zdrowia w życiu dorosłym to przede wszystkim:

1. rozwijanie umiejętności radzenia sobie ze stresem;
2. tworzenie systemowych warunków zachowania bezpieczeństwa materialnego;
3. tworzenie systemu oparcia społecznego.

Promowanie zdrowia w procesie edukacji oznacza:

1. Promowanie zdrowia w wymiarze biologicznym – troska o prawidłowy rozwój fizyczny dziecka;
2. Promowanie zdrowia w wymiarze psychicznym – dążenie do zaspokajania podstawowych potrzeb psychicznych dziecka i wszechstronny rozwój jego osobowości;
3. Promowanie zdrowia w wymiarze społecznym – uczenie właściwych relacji z dorosłymi i harmonijnego współżycia z rówieśnikami oraz gotowości do zachowań promujących zdrowie.

W promowaniu zdrowia bardzo ważną rolę odgrywa rodzina i szkoła, gdzie kształtuje się nawyki higieniczne, żywieniowe, a więc prozdrowotne u dziecka od najmłodszych lat życia, a następnie czynności intencjonalne, świadomie podejmowane przez młodzież i dorosłych, nastawione na promowanie zdrowia (33).

Rodzi się pytanie: Jaka jest rola nauczyciela w promocji zdrowia? Obserwacje życia codziennego, literatura przedmiotu i badania własne (41, 42) wskazują, że rola nauczyciela polega na: współpracy z rodzicami ucznia w celu jego harmonijnego rozwoju, kształtowaniu przekonań zdrowotnych opartych na traktowaniu zdrowia jako najwyższej wartości, modelowaniu zachowania uczniów, rozwijaniu osobowości poprzez aktywizację ucznia w procesie nauczania, stymulowaniu twórczego myślenia i ciekawości poznawczej, indywidualnym i podmiotowym traktowaniu oraz wspieraniu w sytuacjach stresowych, wymaganiach dostosowanych do indywidualnych możliwości ucznia, ciągłym zwiększaniu własnych kompetencji zawodowych i otwartości na informacje.

Promowanie zdrowia w szkole oznacza dynamiczny proces kreowania „zdrowej szkoły”, której celem będzie umacnianie i potęgowanie potencjałów zdrowia uczniów (Wrona-Polańska 2006) poprzez:

1. tworzenie odpowiednich warunków materialnych i lokalowych szkoły oraz wyposażenia w pomoce dydaktyczne;
2. dostosowanie do możliwości rozwojowych uczniów programów nauczania oraz ich realizacji z uwzględnieniem indywidualności i podmiotowości ucznia;
3. tworzenie właściwego „klimatu psychicznego” sprzyjającego rozwojowi zainteresowań i kompetencji poznawczych, emocjonalnych i społecznych, a więc podmiotowych zasobów zdrowia uczniów.

Liderami promocji zdrowia w szkole powinni być nauczyciele i wychowawcy: modelujący swoją postawą zdrowy styl życia i zachowania sprzyjające zdrowiu, wykraczający, swoją wiedzą, kompetencjami i otwartością na zmiany, poza zakres tradycyjnego modelu pracy nauczyciela, inicjujący tworzenie grup wsparcia o charakterze profesjonalnym i nieprofesjonalnym.

Niezwykle ważne w promocji zdrowia są indywidualne sposoby wspomaganie zdrowia. Obserwacje życia codziennego, wieloletnie doświadczenia kliniczne i badania własne oraz literatura przedmiotu (34, 42) wskazują, że można zaliczyć do nich: dbałość o dobrą kondycję psychofizyczną (7-8 godzin snu, zdrowe odżywianie się, regularne ćwiczenia fizyczne), aktywny wypoczynek, pozytywne nastawienie psychiczne niezbędne w radzeniu sobie z problemami życia codziennego, rozwijanie własnych kompetencji, zasobów np. zdobywanie wiedzy, umiejętności językowych, radzenia sobie ze stresem, dbanie o dobre relacje z najbliższymi, otoczeniem i posiadanie wsparcia, podwyższanie własnej samooceny i samoakceptacji poprzez dbałość o wygląd zewnętrzny, aż po rozwój sprzyjających zdrowiu zachowań i wła-

ściwości osobowości, umiejętność relaksowania się poprzez wykorzystanie, zgodnie z zainteresowaniami, muzyki, sztuki, tańca, teatru czy dobrze dobranej lektury. Podsumowując, w procesie umacniania zdrowia ważną rolę odgrywa promowanie zdrowia, zarówno wśród dzieci i młodzieży, jak i osób dorosłych, rozwijanie indywidualnych możliwości służących zdrowiu, umiejętności radzenia sobie ze stresem, organizowanie grup wsparcia. Konieczne jest promowanie zdrowia w szkole w wymiarze biologicznym, psychologicznym i społecznym. Liderami promocji zdrowia w szkole powinni być nauczyciele i wychowawcy, wykraczający poza zakres tradycyjnego modelu pracy nauczyciela. Indywidualne wspomaganie zdrowia to troska o dobrą kondycję psychofizyczną, aktywny wypoczynek, rozwijanie własnych kompetencji i możliwości radzenia sobie ze stresem, umiejętności relaksowania się, dobre relacje z ludźmi i posiadanie wsparcia. Pomocne mogą być także: muzyka, sztuka, taniec, teatr i dobrze dobrana lektura.

Streszczenie

Pierwsze wzmianki o zdrowiu, utożsamianym z dobrym samopoczuciem, pochodzą od Hipokratesa. Rewolucje zdrowotne dokonujące się na przełomie XIX i XX wieku spowodowały nowe podejście do zdrowia, uwzględniające jego uwarunkowania psychospołeczne na równi z biologicznymi. Zdrowie definiowano jako stan, dyspozycję, zasób oraz proces. Pierwsza definicja zdrowia jako procesu została sformułowana przez Juliana Blacharskiego w 1972 roku, na konferencji naukowej zorganizowanej przez prof. Juliana Aleksandrowicza w Krakowie. Tak rozumiane zdrowie w ujęciu holistyczno-funkcjonalnym zależy od czynników osobowościowych i sytuacyjnych, a stres i radzenie sobie pełni rolę moderatora. Kluczowym zasobem decydującym o zdrowiu jest poczucie koherencji. W procesie

umacniania zdrowia ważną rolę odgrywa promowanie zdrowia, zarówno wśród dzieci i młodzieży, jak i osób dorosłych, rozwijanie indywidualnych możliwości służących zdrowiu, umiejętności radzenia sobie ze stresem, organizowanie grup wsparcia. Pomocne mogą być także: muzyka, sztuka, taniec, teatr i dobrze dobrana lektura.

Słowa kluczowe: **zdrowie, stres, zasoby, promocja zdrowia**

Summary

First references to health, identified with well-being, come from Hippocrates. Health revolutions occurring at the break of the 19th and 20th centuries brought a new approach to health, namely taking into consideration its psycho-social as well as biological conditioning. Health was defined as a condition, disposition, resources and process. First definition of health as a process was formed by Julian Blacharski in 1972 at a conference organized by Professor Julian Aleksandrowicz in Krakow. Health understood in this category in a holistic and functional approach depends on personality and situational factors, and stress and coping with difficulties fulfill a role of a moderator. Feeling of coherence is a key resource deciding about one's health. In a process of supporting health it is very important to promote health both among children, adolescents and adults, to develop individual capabilities promoting healthy lifestyle and coping with stress as well as organization of support groups. Also, music, art, dance, theatre and carefully selected literature may be helpful.

Key words: **health, stress, resources, promotion health**

Piśmiennictwo

1. Ader R.: Psychosomatic and psycho-immunologic research. *Psychosomatic Medicine*, 1980, 42, 307-321.

2. Aleksandrowicz J., Matuszewski H.: Synteza poglądów na definicję zdrowia w aspekcie rewolucji naukowo-humanistycznej. [W:] J. Aleksandrowicz (red.) Rewolucja naukowo-humanistyczna. Wiedza Powszechna, Warszawa 1974, 27-35.
3. Aleksandrowicz J.: Wiedza stwarza nadzieję. Wiedza Powszechna, Warszawa 1976.
4. Aleksandrowicz J.: Sumienie ekologiczne. Wiedza Powszechna, Warszawa 1979.
5. Aleksandrowicz J.: Nie ma nieuleczalnie chorych. Iskry, Warszawa 1982.
6. Alexander F.: Psychosomatic Medicine. Its Principles and Applications. London: George Allen University Ltd., 1952.
7. Anderson D. R.: Toward a health promotion research agenda: Compilation of Data Base reports and introduction to "state of the science" reviews. Health Promotion, 1993, 8, 134.
8. Antonovsky A.: Health Stress and Coping. San Francisco, Jossey-Bass, 1979.
9. Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Wydawnictwo IPN, Warszawa 1995.
10. Bandura A.: Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. [W:] I. Madden (red.) Neurobiology of learning, emotion and affect. New York, Raven Press, 1991, 229-270.
11. Becker M., Rosenstock P.: Comparing Social Learning Theory and Health Belief Model. [W:] W. B. Ward (ed.) Advance in Health Education and Promotion 2, Greenwich, CT: JAI, 1987, 245-249.
12. Bryant F. B.: a four-factor model of perceived control: avoiding, coping, obtaining and savoring. Journal of Personality, 1989, 57, 4, 773-797
13. Capra F.: Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura. PIW, Warszawa, 1987.
14. Czabała J. C.: Promocja zdrowia psychicznego. Promocja Zdrowia , Nauki Społeczne i Medycyna, 1994, 1, 3-4, 46-61.
15. Czabała J. C., Sęk H.: Pomoc psychologiczna. [W:] J. Strelau (red.) Psychologia. Podręcznik akademicki. GWP, Gdańsk 2002, t. III, 605-621.
16. Davies J. K.: Health education: its strengths and limitations. International Conference on Healthy Lifestyles. Leningrad 1990.
17. Dohrenwend B. S.: Social stress and community psychology. American Journal of Community Psychology, 1978, 6, 1-14.
18. Heszen-Niejodek I.: Promocja zdrowia – próba systematyzacji z perspektywy psychologa. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 1995, 2, 7-21.
19. Hobfoll S. E.: Conservation of Resources. A New Attempt at Conceptualizing Stress. American Psychologist, 1989, 3, 513-524.
20. Karski J. B.: Zdrowie i promocja zdrowia. [W:] J. B. Karski, Z. Słońska, B. W. Wasilewski (red.) Promocja zdrowia. Sanmedia, Warszawa 1994, 15-27.
21. Karta Ottawska: [W:] J. B. Karski, Z. Słońska, B. W. Wasilewski (red.), Sanmedia, Warszawa 1994, 423-429.
22. Kirscht J. P.: The health belief model and predictions of health action. [W:] D. S. Gochman (red.) Health Behavior. Emerging research perspectives. New York, Plenum Press, 1988.
23. Lazarus R. S.: Psychological stress and the coping process. New York, McGraw-Hill, 1966.
24. Lazarus R. S., Folkman S.: Stress, appraisal and coping. New York, Springer, 1984.
25. Matarazzo J. D.: Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. American Psychologist, 1980, 35, 807 – 817.
26. Michalska H.: Wprowadzenie do zagadnień zdrowia psychicznego. [W:] L. Wołoszynowa (red.) Materiały do

- nauczania psychologii 3/1, Warszawa 1969.
27. Parsons T.: Struktura społeczna a osobowość. PWE, Warszawa 1969.
28. Ratajczak Z.: Stres – radzenie sobie – koszty psychologiczne. [W:] I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.) Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996, 65-87.
29. Sęk H., Ścigała I., Pasikowski T., Beisert M., Bleja A., (1992), Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania. Przegląd Psychologiczny, 3, 351-363.
30. Sęk H., Ścigała I.: Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym. [W:] I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.) Człowiek w sytuacji stresu. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996, 133-150.
31. Sęk H.: Psychologia wobec promocji zdrowia. [W:] I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.) Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 1997, 40-61.
32. Sęk H.: Zdrowie behawioralne. [W:] J. Strelau (red.) Psychologia – Podręcznik akademicki, GWP, Gdańsk 2002, t. 3, 533-553.
33. Sheridan Ch. L., Radmacher S. A.: Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 1998.
34. Solomon G. F., Amkraut A. A.: Emotions, stress and immunity. Front. Radiation Ther. Onc., 1972, 7, 64-96.
35. Solomon G. F.: The Emerging Field of Psychoneuroimmunology. Journal of the Institute for the Advancement of Health, 1985, 2 (1), 6-19.
36. Słońska Z.: Promocja zdrowia – zarys problematyki. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 1994, 1-2, 37-52.
37. Straś-Romanowska M.: Los człowieka jako problem psychologiczny. Wyd. UW, Wrocław 1992.
38. Taylor S.: Health Psychology: The Science and the Field. American Psychologist, 1999, 45, 40-50
39. Włodarczyk C.: Promocja zdrowia a polityka zdrowotna. [W:] Promocja zdrowia (red.) J. B. Karski, Z. Słońska, B. W. Wasilewski, Sanmedia, Warszawa 1994.
40. Wrona-Polańska H.: Promowanie zdrowia w procesie edukacji. [W:] M. Ledzińska, G. Rudkowska, L. Wrona (red.) Osoba – Edukacja – Dialog. Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2002, t. 2, 234-239.
41. Wrona-Polańska H.: Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem. Psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania zdrowia w zawodzie nauczyciela. Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2003.
42. Wrześniewski K.: Medycyna psychosomatyczna i behawioralna. [W:] J. Strelau (red.), Psychologia – Podręcznik akademicki, GWP, Gdańsk 2002, t. 3, 450-456.

Adres do korespondencji

Dr hab. Helena Wrona-Polańska, prof.
nadzwyczajny AP
ul. Podchorążych 2
30-084 Kraków
e-mail:
helenawronapolanska@poczta.fm